



PERSONAL DATA

No. MCU : 1629/MCU-ISP/MCU/VII/2020
No. Badge : -
N a m a : **DHIAN ARDITAMA, Tn.**
U m u r : 40 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : **Lifting Inspector**
Tgl Pemeriksaan : **29 Juli 2020**
Alamat : *Jl. Sepinggan Baru II No. 79 RT 32 Balikpapan.*

Tgl. Skrining : 29/07/2020

No. : 1629

Bagian A. Identitas Pasien (diisi dengan lengkap oleh pasien yang berkunjung)

Nama Lengkap: DHIAN ARDITAMA, Tn.	Tgl. Lahir: 07/11/1979	Umur : 40 tahun	Jenis Kelamin : Laki - Laki
Nama Perusahaan: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Alamat Rumah: Jl. Sepinggan Baru II No. 79 RT 32 Balikpapan.	Telp./HP : 0813 5050 2518	

Bagian B. Informasi Riwayat Kesehatan (diisi oleh pasien)

Berilah tanda centrang (✓) pada setiap kolom pertanyaan sesuai keadaan sebenarnya:

Gejala:	Ya	Tidak
1. Apakah anda pernah mengalami demam atau riwayat demam dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Apakah anda pernah mengalami batuk/pilek/nyeri tenggorokan dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Apakah anda pernah mengalami sesak atau kesulitan bernapas (pneumonia) dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Faktor Risiko :	Ya	Tidak
1. Apakah anda memiliki riwayat perjalanan ke wilayah/negara/kota yang termasuk kategori transmisi lokal dalam waktu 14 hari terakhir.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jakarta <input type="checkbox"/> Manado <input type="checkbox"/> Bandung <input type="checkbox"/> Pontianak <input type="checkbox"/> Yogyakarta <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Depok <input type="checkbox"/> Denpasar <input type="checkbox"/> Tangerang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bogor <input type="checkbox"/>		
2. Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih:		
a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bagian C. Pemeriksaan Tanda Vital (diisi oleh petugas pemeriksa)

Pengukuran Suhu Tubuh (°C)	Laju Pernapasan (x/menit)	Laju Nadi (x/menit)
36,8	20	65



Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)

Suara Napas	Ronchi	Wheezing
Vesikuler +/-	-/-	-/-

Bagian E. Kategori Penilaian

Kategori	Kesimpulan
• Pasien Dalam Pengawasan (PDP) Gejala No. 1 + No. 2 + No. 3 DAN faktor risiko No. 1 ATAU Gejala No. 1 ATAU No. 2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 ATAU Gejala No.3 (Berat)	<input type="checkbox"/>
• Orang Dalam Pemantauan (ODP) Gejala No. 1 ATAU No.2 DAN Faktor Risiko No.1 ATAU Gejala No.2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2	<input type="checkbox"/>
• Orang Tanpa Gejala (OTG) Tidak ada gejala DAN Memiliki faktor risiko No.2.	<input type="checkbox"/>
• Bukan Termasuk Salah Satunya.	<input checked="" type="checkbox"/>

Saya menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan di atas adalah benar dan telah diisi sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Saya setuju hasil pemeriksaan saya disimpan dalam bentuk dokumen tertulis maupun elektronik dan jika diperlukan informasi medis yang berhubungan dengan pekerjaan saya, dapat diberikan kepada pimpinan perusahaan tempat saya bekerja.

Pasien/Karyawan	Petugas Skrining	Dokter Pemeriksa
	 Siti Normah	 dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap DHIAN ARDITAMA, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 07/11/1979	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Lifting Inspector	Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Lokasi Kerja All Area <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah : Jl. Sepinggan Baru II No. 79 RT 32 Balikpapan.	Nomor Telepone / HP 0813 5050 2518	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 29/07/2020

BAGIAN B. Alasan Evaluasi (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor) Beri tanda pada kotak yang sesuai
--

Pemeriksaan sebelum bekerja (Pre-placement), untuk kategori posisi :

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Pilot | <input type="checkbox"/> Food Handler |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |

Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi :

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Pilot | <input type="checkbox"/> Food Handler |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |

Return to Work

Tidak masuk kerja ≥ 14 hari kalender karena sakit atau cedera, atau < 14 hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa on duty

For Cause

- Pasca Insiden Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja

Job Transfer

Dilakukan sebelum pemindahan tugas ke posisi lain.

Komentar Supervisor (sebutkan tambahan pekerjaan lain atau faktor risiko di tempat kerja bila ada) :

.....

.....

Tanda Tangan Supervisor	Tanggal (tgl - bln - thn) 29/07/2020
-------------------------	--

6029

F_OH_018_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

Prosedur CFTW: Pre-Placement Periodic Return to Work For Cause Job Transfer

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)

Nama Lengkap Dhian Arditama	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 07/11/1979	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Lifting Inspector	Nama Perusahaan PT. Inspektindo	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Auara
Alamat Rumah Jl. Sepinggan Baru II No.79. Rt.32	Nomor Telepon / HP 0813 50502518	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 29/07/2020

BAGIAN B. Riwayat Kesehatan Karyawan (diisi dengan benar oleh karyawan dan dituntun oleh petugas kesehatan)

Sejak Medical Check Up terakhir, apakah Anda pernah atau sedang mengalami: T = Tidak, Y = Ya

		T	Y			T	Y			T	Y
1.	Mengalami gegar otak atau cedera kepala	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	Rasa lelah yang berlebihan tanpa alasan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	Sakit atau cedera leher dan atau tulang belakang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gangguan mata atau penurunan fungsi penglihatan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	Penyakit atau kelaian jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/rasa tertekan atau terbakar pada dada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<i>Epilepsy / ayan</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	Anemia/kurang darah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	Nyeri sendi, rematik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Gangguan pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	Penyakit maag atau gangguan pencernaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	Menggunakan alat bantu gerak/protesa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, vertigo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.	Hepatitis (sakit kuning)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	Masalah otot dan syaraf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Gangguan atau kelemahan/kelumpuhan pada anggota gerak (lengan dan atau tungkai)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.	Penurunan berat badan yang berlebih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.	Mati rasa, kesemutan, gemetar atau kejang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Penyakit kencing manis Jika ya, apakah menggunakan insulin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	Benjolan pada pembuluh getah bening (leher, ketiak dan pangkal paha)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	Menggunakan obat-obatan rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Suara serak menetap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	TBC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	Ruam kulit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Asma, gangguan pefasfan, sesak nafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	Buang air besar berwarna gelap/hitam	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	Pemah operasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Tekanan darah tinggi Pengobatan untuk tekanan darah tinggi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.	Gangguan system perkemihan: ginjal, kantung kemih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.	Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kejiwaan lain	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Stroke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	Hernia/burut/usus turun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.	Mengonsumsi alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Tumor atau kanker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.	Alergi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	Menggunakan narkoba	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan untuk setiap jawaban Ya: _____

Anda Merokok? <input type="checkbox"/> Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun) <input checked="" type="checkbox"/> Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun) <input type="checkbox"/> Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok > 10 tahun)	Aktivitas fisik anda? <input type="checkbox"/> Ringan <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat
---	---

Hazard di tempat kerja: Bising Getaran Benzene Radiasi Bahan Kimia:..... Lainnya:

Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: _____

Apakah ada orangtua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 60 tahun karena penyakit jantung pembuluh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll)	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:
---	---

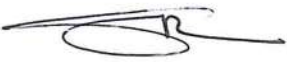
Riwayat Perawatan di RS: _____

Tanda Tangan Karyawan 	Tanggal (tgl - bln - thn) 29/07/2020
---------------------------	--


Lampiran 4 - B7-004/KT1210/2019-S9

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh Petugas Kesehatan)												
ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL												
TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI 65 x/mt							
163 cm	75 kg	28,2 cm	- cm	120 / 80 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur							
PEMERIKSAAN EKG				PEMERIKSAAN TREADMILL								
HASIL : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan : Sinus Rhythm				Dilakukan pada usia > 40 thn atau ≤ 40 dengan Skor Kardiovaskuler Jakarta (SKJ) kategori Risiko tinggi (≥ 5). HASIL : <input checked="" type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya Catatan :								
PEMERIKSAAN VO2 MAX, Hanya untuk Fireman dan Sekuriti												
Hasil VO2 Max : 43,48 mls/kg/min Catatan :				Fireman : Target VO2 Max : 39 - 42 mls/kg/min Sekuriti : Target VO2 Max : 34 - 42 mls/kg/min								
PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA												
Hasil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :												
PEMERIKSAAN SPIROMETRI												
<ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek Fit to Work Fireman jika hasil spirometri FEV1 dan FVC < 80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia* <input checked="" type="checkbox"/> Tidak menderita TB 				Hasil Pemeriksaan <table border="1"> <thead> <tr> <th>FEV1</th> <th>FVC</th> <th>Rasio FEV1/FVC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Kesimpulan : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:			FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC			
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC										
Catatan : Hasil Evaluasi LLN :												
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan							
PEMERIKSAAN MATA												
Standard:												
<ul style="list-style-type: none"> Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata UNTUK Driver dan Crane Operator Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau) Buta satu mata TIDAK qualified untuk mengemudi Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan di dalam Medical Clearance 												
	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang				
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	Kanan : 85°				
Jarak Jauh	20/30	20/30	20/30	6/	6/	6/	<input type="checkbox"/> Buta warna Total	Kiri : 85°				
	6/	6/	6/	6/	6/	6/	<input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Visual Dept				
Jarak Dekat	J# J-1	J#	J#	J#	J#	J#		6-L/40				
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pakai Kacamata <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Normal (jelaskan)												
Catatan :												
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan							
Siti Normah					29/07/2020							

Lampiran 4 - B7-004/KT1210/2019-S9

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)																																																							
Standar:																																																							
<ul style="list-style-type: none"> Dapat mendengar suara bisikan dari jarak > 1.65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (hearing aid) ATAU Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik < 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar 																																																							
Menggunakan alat bantu dengar? <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																																																							
Tes Berbisik Telinga Kanan meter				Telinga Kiri meter																																																			
Audiometri (dB):																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kiri</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>25</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kiri								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		20	15	15	20	20	25		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kanan</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>20</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kanan								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		20	15	15	20	25	20	
Telinga Kiri																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	20	15	15	20	20	25																																																	
Telinga Kanan																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	20	15	15	20	25	20																																																	
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri : 18,3 dB			Telinga Kanan : 20 dB																																																		
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :																																																							
Catatan :																																																							
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan																																																		
Susi Rindayani, A.Md.Kep					29/07/2020																																																		
PEMERIKSAAN LABORATORIUM																																																							
Pemeriksaan		Hasil																																																					
Panel Hitung Darah Lengkap : Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell, Indices (MCV, HCH, MCHC).		<input checked="" type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																		
Panel Kimia Darah : • Profil Lipid : Total Kolesterol, HDL, LDL dan Trigliserida • Fungsi Hati : Total Bilirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT dan SGPT • Fungsi Ginjal : Asam Urat, Ureum dan Kreatinin. • Gula Darah Puasa & Gula Darah 2 jam setelah makan		<input checked="" type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																		
Urine Analisa lengkap		<input checked="" type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																		
Kultur Feses (Khusus untuk Food Handler)		<input type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																		
BAGIAN D. Pemeriksa Pemeriksaan Dokter																																																							
Garis bawah setiap kelainan yang ditemukan. Jelaskan setiap temuan tersebut pada tempat yang telah disediakan. (Y=Ya, T= Tidak)																																																							
No.	Bagian Tubuh/Sistem	Pemeriksaan			Y	T	Penjelasan																																																
1	Kepala	Ada tanda-tanda cedera?				✓																																																	
2	Mata	Pupil tidak normal, reaksi terhadap cahaya, akomodasi, gerakan mata, keseimbangan otot-otot mata, gerakan-gerakan ekstraokuler, Nystagmus, Exophthalmos, Retinopati, Katarak, Afakia, Glaucoma, Degenerasi Macular (kirim ke Spesialis jika diperlukan)				✓																																																	
3	Telinga	Pengerasan (scarring) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani				✓																																																	
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernapas), gigi.				✓																																																	
5	Dada dan sistem pernapasan	Benjolan abnormal, kelainan dinding dada, laju pernapasan, suara pernapasan, wheezing, gangguan fungsi pernapasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)				✓																																																	

Lampiran 4 - B7-004/KT1210/2019-S9

6	Sistem jantung dan pembuluh darah	Murmur, suara tambahan, pembesaran jantung, pemakaian alat pacu jantung, defibrillator implant, pulse abnormal, suara (bruit) arterial, dan vena varikosis	✓	
7	Abdomen dan organ di dalamnya	Pembesaran hati, limpa, adanya massa, dan kelemahan dinding abdomen yang bermakna	✓	
8	Tulang belakang dan muskuloskeletal	Ada riwayat operasi, cedera, kelainan bentuk, keterbatasan pergerakan (ROM), keaktifan anggota tubuh	✓	
9	Sistem perkemihan	<i>Hernia</i>	✓	
10	Ekstremitas (tangan dan kaki)	Kehilangan atau cacat : tungkai, kaki, jari kaki, tangan, jari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah	✓	
		Mohon test kekuatan otot dan reflek bagi Driver, Operator Alat Berat, Operator Crane, Awak Mobil Tanki.		
11	Parsyarafan	Gangguan : Keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimetris. Abnormal : Fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky.	✓	Romberg Test : Negative
		Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh : Scaffolder, Inspector Lifting.		
12	Kulit dan kelenjar getah bening	Dermatitis : Scabies, Eksim, jerawat, benjolan pada leher, ketiak, pangkal paha.	✓	
13	Tumor dan keganasan	Adanya benjolan yang tidak normal, kelainan yang mengarah ke keganasan.	✓	
14	Penampilan Umum	Bersih/kotor, rapi/tidak rapi.	✓	Bersih, Rapi.
15	Lainnya, jelaskan			
Khusus untuk Food Handler				
16	Personal Hygiene	Penampilan kotor, kuku panjang, infeksi jamur, ada jerawat bernanah.	✓	
Komentar Dokter : (Jelaskan penemuan signifikanyang tertera di atas).				
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				
BAGIAN E. REKOMENDASI KELAIKAN KERJA				
Klasifikasi Kelaikan Kerja <input checked="" type="checkbox"/> A. Laik Kerja, masa berlaku : <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tahun <input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan : 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara dievaluasi setelah..... minggu/bulan <input type="checkbox"/> D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan :			Rekomendasi : * Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan pada DOKTER. * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. * OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh. * - * - * -	
Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ.		Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 29/07/2020	
Nama Rumah Sakit / Klinik GRAND MEDICA CLINIC		Alamat Rumah Sakit / Klinik Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-7214553.		

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dhian Arditama
 Tanggal Lahir : 07/11/1979
 Pekerjaan : Lifting Inspector
 Perusahaan : PT. Inspektindo Sinergi Persada Nomor Pegawai : ISP 13028
 Alamat : J. Sepinyan Baru II No. 79 RT. 32. BPP
 Nomor Telepon : 0813 50502818

Dengan akal yang sehat dan tanpa paksaan dari pihak manapun, maka dengan ini saya memberikan kuasa kepada:

Rumah Sakit/Klinik : **GRAND MEDICA CLINIC**
 Alamat : Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08 Gn. Bakaran, Balikpapan.
 Nomor Telepon : 0542-7214552

Untuk membuka informasi medis saya, yang meliputi informasi di bawah ini (bisa pilih lebih dari satu):

- Catatan medis lengkap Pemeriksaan laboratorium Pemeriksaan mata Pemeriksaan Fisik
 Spirometri Informasi penyakit/cedera Laporan X-Ray Audiogram
 EKG Lainnya (mohon dijelaskan) _____

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:


Nama : _____ Perusahaan/Instansi : _____
 Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : **PHKT**
 Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : _____

Saya memahami kecuali saya menjelaskan secara spesifik informasi yang diungkapkan termasuk tapi tidak terbatas pada informasi riwayat, diagnosa dan atau pengobatan atas penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, penyakit yang berhubungan dengan mental/psikiatrik dan atau penyakit menular, termasuk *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*.

Saya mengajukan permintaan salinan dari lembar persetujuan ini : Ya Tidak

Tanda Tangan  Tanggal 29 / 07 / 2020
 Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi _____ Tanggal _____
 Team Medical Check Up _____ (Tgl - Bln - Thn)
 Hubungan Dengan Pemberi Wewenang

F_OH_019_Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN			No. REG : 1629/MCU-ISP/MCU/III/2020
Nama Lengkap DHIAN ARDITAMA, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 07/11/1979	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja All Area
Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	CFTW Procedure <input type="checkbox"/> Pre-Placement <input checked="" type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause <input type="checkbox"/> Job Transfer		<input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama : Lifting Inspector			
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker	<input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang	<input type="checkbox"/> Operator Alat Berat
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot	<input type="checkbox"/> Food Handler
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium		

Posisi Tambahan : -

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

<input checked="" type="checkbox"/> A Laik Kerja, masa berlaku : <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun	<i>Berlaku s/d tanggal :</i> 29/07/2021
<input type="checkbox"/> B Laik Kerja Dengan Batasan	
1.	
2.	
3.	
4.	
<input type="checkbox"/> C Tidak Laik Kerja : <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan.	
<input type="checkbox"/> D Tidak dapat mematuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan :	
Rekomendasi (Jika diperlukan tindak lanjut) :	
* -	
* -	
* -	
* -	

Catatan : Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 29/07/2020
Nama Rumah Sakit / Klinik GRAND MEDICA CLINIC	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit / Klinik Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-72 Email : grandmedica@gmail.com	

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&M PHKT untuk :

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu : Tenaga Sekuriti, Fireman, bekerja diketinggian, (working at height), bekerja di ruang terbatas (Confined Space), Awak Mobil Tanki (AMT), Operator Alat Berat, Driver Mobil Penumpang dan Penyelam, Teknik Bawah Air (TBA).
- Penjamah Makanan (Food Handler) dan Tenaga Medis (Health Care Worker)

Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak)	Tanda Tangan	Tanggal (tgl/bln/thn)
..... /

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2020



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, 05/08/2020

PERIODIC

Nama : DHIAN ARDITAMA, Tn.	Umur : 40 tahun	No. Badge : -
Posisi : Lifting Inspector	MCU ID : 1629/MCU-ISP/MCU/VII/2020	Jabatan Tambahan : -

Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :
29/07/2020

TEMUAN :

- * Berat Badan = 75 Kg (Overweight), BMI = 28,23 ; BB Ideal = 47,82 - 66,42 Kg.
- * Riwayat Kesehatan = Tidak ada masalah kesehatan. MEROKOK : Sudah berhenti Merokok > 2 th. Aktivitas Fisik : SEDANG.
- * Hazard di Tempat Kerja = Bising, getaran. Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.
- * Fisik = TD : 120/80 mmHg (Normal). Romberg Test : Negative. Mata : VODS : 20/30 (Normal), Jaeger Test : J1, VD : 6-L/40, VF ODS : 85°. Test Buta Warna : Normal.
- * Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal. Faeces lengkap : Normal.
- * Kimia Darah : Dalam batas normal. HBs Ag : Negative.
- * Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Treadmill Test = Negative Ischemic Response, 13 Mets. VO2 Max : 43,48 ml/kg/min.
- * Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal. Audiometri = Dalam batas normal. USG Abdomen : Dalam batas normal.
- * Skor Kardiovaskuler Jakarta = 3 -> RISIKO SEDANG (CV10 = 10 - 20 %)
- * -

STATUS KESEHATAN :

KATEGORI	CATATAN
<input checked="" type="checkbox"/>	Fit For Duty (Fit untuk bekerja normal) Validity Period : 1 Tahun
<input type="checkbox"/>	Fit with restriction (Fit dengan batasan tertentu)
<input type="checkbox"/>	Not Fit (Tidak dapat bekerja di area PHKT)
<input type="checkbox"/>	Failed to comply with requested evaluations (Karyawan tidak di ijinakan untuk bekerja di area PHKT sampai evaluasi Fit For Duty diselesaikan)

Sebagai : Lifting Inspector

Di : All Area Onshore & Offshore



SARAN - SARAN :

- * Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan pada DOKTER.
- * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari.
- * OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh.
- * -
- * -
- * -

Bila masih ada hal yang perlu diperjelas, mohon segera menghubungi dokter pemeriksa di 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158.
Terima kasih atas kerjasamanya.

Catatan :

* Status Medical Check Up ini berlaku sampai dengan tanggal : 29/07/2021

Mengetahui :

Hormat Kami,
Dokter Pemeriksa,



dr. Hendra AZ.


No. SKP : KEP.360/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017

Jl. Marsma R. Iswahyudi No.19 RT.08
Balikpapan. Kalimantan Timur
P: 0542-721-4552; 0823-6655-3030
F: 0542-721-4553 E: grandmedica@gmail.com



JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE

Name : DHIAN ARDITAMA, Tn. **Age (Years)** : 40
MCU No. : 1629/MCU-ISP/MCU/VII/2020 **Job** : Lifting Inspector
Date : 29/07/2020 **Company** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	40	-2
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	Normal	0
	High Normal	1		
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m ²)	13,79-25,99	0	28,2	1
	26,00-29,99	1		
	30,00-35,58	2		
Smoke	Never	0	Ex Smoker	3
	Ex Smoker	3		
	Smoker	4		
Diabetes Mellitus	No	0	No	0
	Yes	2		
Physical Exercise/Activity	No	2	Medium	0
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		
TOTAL SCORE				3
CONCLUSION :		 MODERATE RISK (CV10 = 10-20%)		

NOTES :

Blood Pressure : Normal (<130/<85), High - Normal (130-139/85-89), Grade 1 Hypertension (140-159/90-99), Grade 2 Hypertension (160-179/100-109), Grade 3 Hypertension (>180/>110)

RISK LEVEL :

▶ -7 to 1 → Low Risk (CV10 < 10%). ▶ 2 to 4 → Moderate Risk (CV10 = 10-20%). ▶ ≥ 5 → High Risk (CV10 > 20%)

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 1629 /GMI-MCU/VII/2020
(Lab. Number)

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: DHIAN ARDITAMA, Tn.	/	♂	Umur (Age)	: 40	Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: LIFTING INSPECTOR			Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ	
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA			Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 29 Juli 2020	

HEMATOLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine (Hgb)	14,6	(F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL)
Hematocrit (Hct)	43	(F: 35 - 45%, M: 40 - 50 %)
Erythrocyt (RBC)	4,6	(F:3,8-5,5x10 ⁶ sel/mm ³ , M:4,4-5,6x10 ⁶ sel/mm ³)
Leucocyt (WBC)	7,0	(4,0 - 10,0/mm ³)
Differential Count		
Basophile	0,2	0,0 - 2,0%
Eosinophile	2,0	0,5- 6,0%
Neutrofil	64,8	50,0 - 70,0%
Lymphocyte	35,6	20,0% - 40,0%
Monocyte	5,4	3,0 - 12,0%
MCV	87	80 - 100 fL
MCH	28	27-34 pg/sel
MCHC	36	32-36 g/dL
RDW- CV	12,3	11,0 - 16,0 %
RDW- SD	44,3	35,0 - 56,0 fL
Thrombocyt	304	(140 - 440 x 10 ³ /mm ³)

BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	92	70- 110 mg/dl
Glucose 2h pp	120	< 180 mg/dl
Cholesterol total	198	Normal : <200mg/dL Borderline :200-240 Tinggi :> 240 mg/dl
HDL Cholesterol	55	M:Normal > 55 mg/dl Boorderline 35 - 55 mg/dl Abnormal < 35 mg/dl F : Normal > 65 mg/dl Borderline 45 - 65 mg/dl Abnormal : < 45 mg/dl
LDL Cholesterol	129	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	69	Normal < 150 mg/dL Bordeline 150 -199 mg/Dl Tinggi 200 -499 mg/dL
Uric Acid	4,6	(Dewasa M :3,5 - 7,2 mg/dL) (Dewasa F : 2,6 6,0 mg/ dL)
Creatinine	0,8	0.8 - 1.4 mg/dL
Ureum	29	10 - 50 mg/ dL
Gamma GT	33	M: 11 - 51 U/L, F: 7 - 33 U/L
SGOT / AST	30	M: s/d 37 U/L F: s/d31 U/ L
SGPT / ALT	30	M: s/d 40 U/L F: s/d 35 U/ L

SEROLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
HBs Ag	Negative	Negative

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 1629 /GMI-MCU/VII/2020
(Lab. Number)

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: DHIAN ARDITAMA, Tn.	/	♂	Umur (Age)	: 40	Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: LIFTING INSPECTOR			Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ	
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA			Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 29 Juli 2020	

URINALYSIS	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
MACROS		
Colour	Kuning Jernih	Jernih
Spec.Grav	1,025	1,003 - 1,035
pH	6,5	4,5 - 8
Protein	Negative	< 7,5 mg/dl, 0,075 g/l
Glucose	Negative	< 0,018 mg/dl, < 5 mmol/L
Leucocyt	Negative	< 9 Leu/μ L
Ketone	Negative	< 2,5 mg/dl, 0,25 mmol /dl
Urobilin	Negative	<0,2 mg/dl, <3,5 μmol/dl
Bilirubin	Negative	<0,4 mg/dl, <2,5 μmol/L
Nitrite	Negative	< 0,05 mg/dl
Blood	Negative	< 0,018 mg/dl, < 5 ery/μl
MICROS		
Epithel	3-4	< 10 / LPK
WBC	2-3	0 - 5 / LPK
RBC	2-2	0 - 3 / LPK
Cast	Negative	Negative
Crystal	Negative	Negative
Bacterie	Negative	<2/hpf atau < 1000mL
Others	Negative	Negative

FAECES	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
MACROS		
Colour	Kecoklatan	
Consistency	Lunak	
MICROS		
Mucus	Negative	Negative
Red Blood Cell	Negative	Negative
White Blood Cell	Negative	Negative
Ova	Negative	Negative
Amoeba	Negative	Negative
Others	Negative	Negative

Penanggung Jawab

Laboratorium,

Dr. Hendra AZ



Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak



Nomor Pasien
(Patient Number) : 1629

Pemeriksaan
Examination : **USG WHOLE ABDOMEN**

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : **DHIAN ARDITAMA, Tn.**

Perusahaan
(Company) : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

Umur
(Age) : **40** **Tahun**
(Years old)

Pekerjaan
(Occupation) : **LIFTING INSPECTOR**

Jenis Kelamin
(Gender) : **Male**

Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : **29 Juli 2020**

Interpretasi Foto oleh Spesialis Radiologi
(Interpretation by the Radiologist)

USG Abdomen:

Liver : *Bentuk, ukuran dan echotexture normal, bile duct dan vaskulatur dalam batas normal*

GB : *Dinding normal, batu (-), SOL (-)*

Pancreas : *Normal*

Lien : *Normal*

Kidney dextra - sinistra : *Bentuk, ukuran dan echotexture normal. Sistem Pelvocalyceal normal, tidak tampak batu maupun massa*

Bladder : *Dinding normal, batu (-)*

Prostat : *Ukuran normal, tidak tampak tanda pembesaran*

Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)

Tidak tampak kelainan significant pada organ abdominal di atas.


dr. ABUUL HARIS, 
(Radiologist signature) **Grand**
MEDICA INDONESIA



Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 1629

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : DHIAN ARDITAMA, Tn.

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Umur
(Age) : 40 Tahun
(years old)

Pekerjaan
(Occupation) : LIFTING INSPECTOR

Jenis Kelamin
(Gender) : Male

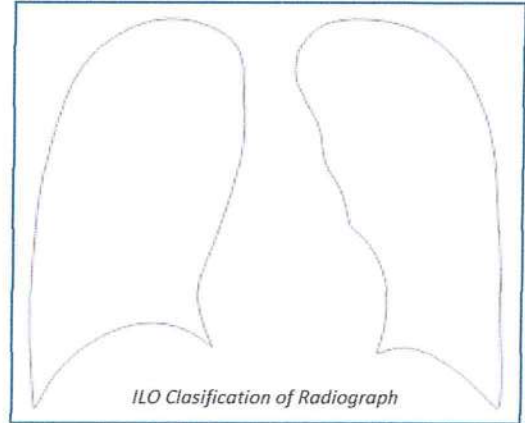
Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 29 Juli 2020

Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Thorax

Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA

Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : -
mAs : -



Interpretasi Foto Thorak oleh Spesialis Radiologi
(Chest X-ray Interpretation by the Radiologist)

Penjelasan Keadaan Abnormal
(Comment on Abnormalities)

- Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?
(Skeleton and/or Soft Tissue Abnormalities)
- Kelainan Bayangan Jantung?
(Abnormal heart shadows)
- Kelainan Hilus dan/atau Kelenjar Limfa?
(Abnormal hilar and/or lymphatic gland)
- Kelainan Diafragma dan Sudut Costophrenic?
(Abnormal Diaphragms and Costophrenic angles)
- Kelainan Paru-paru?
(Abnormal Lung Fields)
- Gambaran Lainnya dari Lesi TBC?
(Any evidence of tubercular lesions)
- Gambaran Abnormal Lainnya?
(Detail of Other Abnormalities)

No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →

Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)

Foto Thorax Normal

dr. ABDU...
(Radiologist signature)
Spesialis Radiologi





**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Patient Data

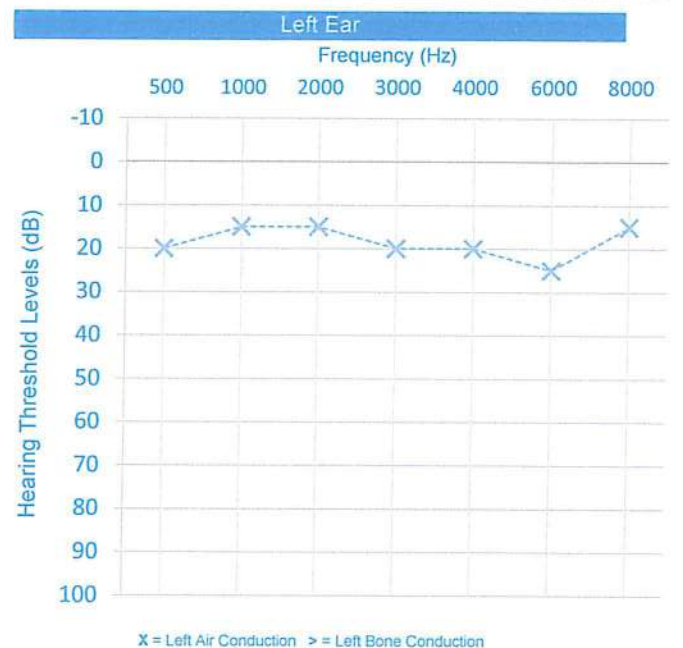
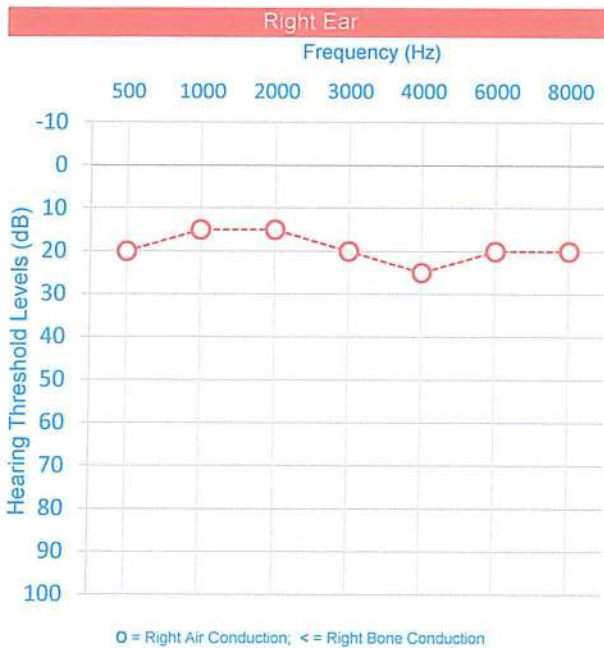
ID Number	1629	Gender	Laki-laki
First Name	DHIAN	Occupation	Lifting Inspector
Last Name	ARDITAMA	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	40 Yo.	Test Date	29 Juli 2020

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work: Lifting Inspector	Period of work: 7 Years	Hearing Protection Worn: Yes
Previous	1) - 2) -	- -	- -
Military Services	<input type="checkbox"/>		

Otological History / Symptoms

<input type="checkbox"/> Serious Head Injury	<input type="checkbox"/> Bleeding	Detail:
<input type="checkbox"/> Broken Ear Drum	<input type="checkbox"/> Pressure/Fullness	
<input type="checkbox"/> Ear Surgery	<input type="checkbox"/> Pain	
<input type="checkbox"/> Ear Infection	<input type="checkbox"/> Tinnitus	
<input type="checkbox"/> Decrease Hearing	<input type="checkbox"/> Exposure to Loud Blast	
<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Medication	



Test Detail

Test Location: Sound Booth Other
 Technician: Susi Rindayani, A.Md.Kep
 Hours Away from Noise: < 14 hours 14 - 24 hours > 24 hours

Right Ear Observation and Test Result

Canal	Normal								HTL
Ear Drum	Normal								RIGHT EAR
Conduction	Frequency (Hz)								20.0
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		
	Air	20	15	15	20	25	20	20	
Bone									

Left Ear Observation and Test Result

Canal	Normal								HTL
Ear Drum	Normal								LEFT EAR
Conduction	Frequency (Hz)								18.3
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		
	Air	20	15	15	20	20	25	15	
Bone									0.0

Conclusion / Medical Report

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.
 Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature

dr. Hendra A.Z.

 dr. Hendra A.Z.

Instrument used
SIBELSOUND 400

Standard
 OSHA





Patient Data

ID Number	1629		
Name	DHIAN ARDITAMA, Tn	Company	PT. Inspektindo Sinergi
Gender	Male	Occupation	Lifting Inspector
DOB / Age	07 November 1979 // 40 Yo.	Test Date	29 July 2020
Height (cm)	163	Weight (kg)	75
		BMI	28.23

Pre-exercise Test

Indication	Medical Check Up		
Pre-exercise BP	120/80	mmHg	
Heart Rate	65	bpm	
Respiration	16	x/mnt	
Resting ECG	NSR.		

Exercise Test Summary

Exercise Time	12:15	mm:ss	End Stage	4	
Max Heart Rate	168	bpm	Target Heart Rate	152	bpm
Max Blood Pressure	130/80	mmHg	Max Heart Rate	110,5	%
Aerobic Capacity	13.	METS.	VO2 Max	43.48	ml/kg/min

Reason Of End

Fatigue Dyspnoe Angina Dizziness
 ST- T segment changes Maximum HR reach

ST- T segment changes

No changes ST-segment depression 0,5 - 1 mm
 Upsloping Significant changes (ST-segment depression > 1 mm)

Abnormal Lead :

Classification of Physical Fitness

Low Fair Average Good High

Blood Pressure Response

Normal Response Hipertensive Response

Functional Classification

Clas I Clas II Clas III

Conclusion / Medical Report

Negative Ischemic Response
Fit to work at Remote Area.

Recommendation :

Cardiologist Signature: **Dr. ACHMAD YUSRI, SpJP**
SPECIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

Instrument Used
CONTEC 8000S S/N 140203027



ID : 1629
Name : Dhian Ardiana
Age : 40 Years
Department: PT. Inspektindo
Gender : Male

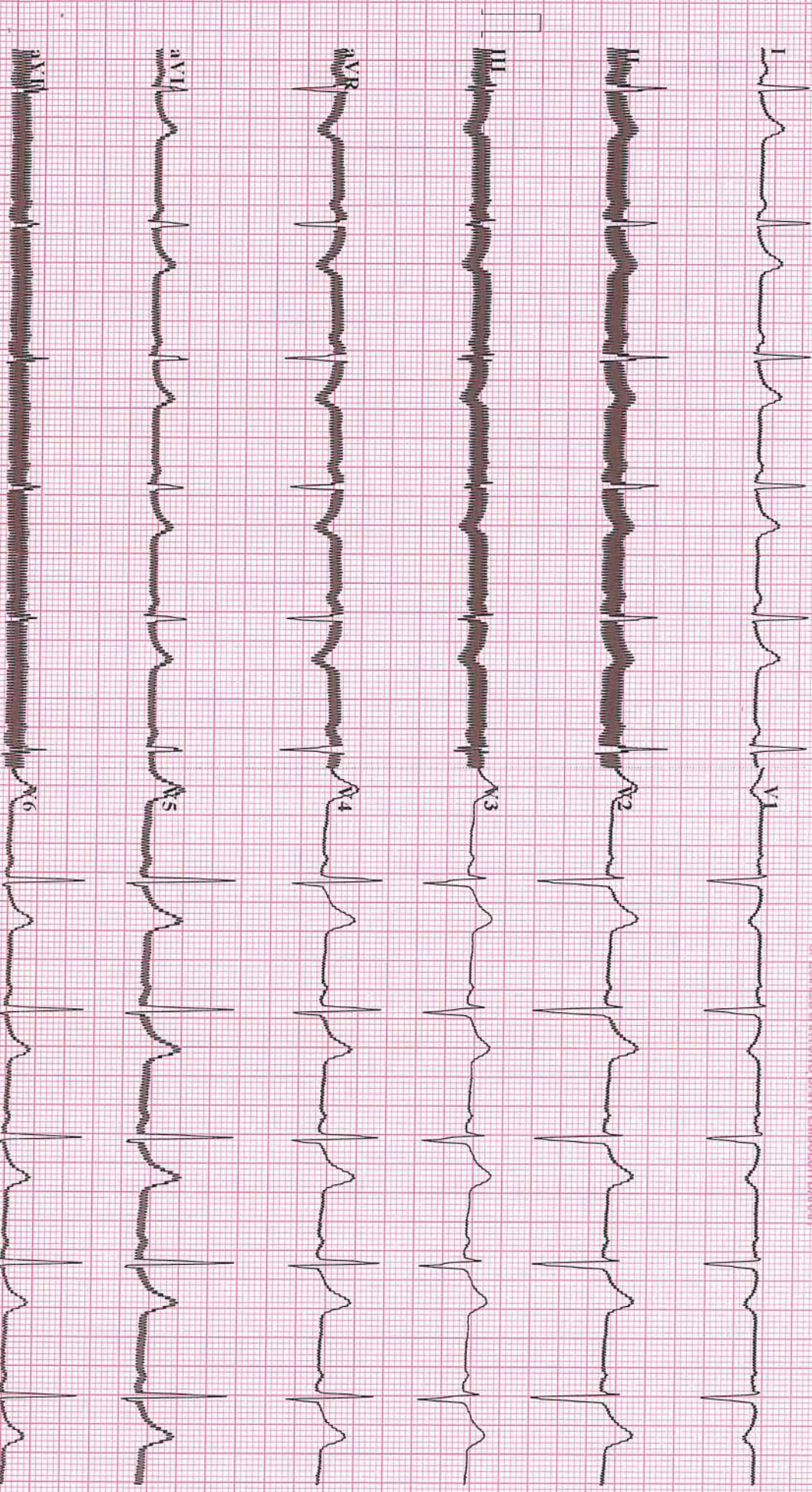
HR : 65 BPM
P Dur : 112 ms
PR int : 155 ms
QRS Dur : 84 ms
QT/QTc int : 412/431 ms
P/QRS/T axis : 24/22/8 °
RV5/SV1 amp : 1.650/0.940 mV
RV5+SV1 amp : 2.590 mV
RV6/SV2 amp : 1.382/1.263 mV

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
Normal ECG

NSR

Technician : Rinda Amd. Kep
Report Confirmed by:

dr. ACHMAD YUSRI, SpJP
SPECIALIS JANTUNG DAN PERIKULITAH DARAH



Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID: 1629

Section:

Name: Dhian Ardilama

Sex: Male

Age: 41

Exam Time: 29-07-2020 10:53

Information

DOB: 1979-11-07
Height: 163.00 cm

Race: Oriental Race
Weight: 75.00 kg

Indications: MCU

- Smoking
- Diabetic
- Hypertension
- Hyperlipidemia
- History of MI
- Family History

Address:

Medications:

Telephone:

Stage Name	HR(bpm)	BP(mmHg)
PRE-EXE	123	120/80
EXE1	118	120/80
EXE2	115	---/---
EXE3	143	---/---
EXE4	145	---/---
REC1	144	130/80

Protocol Name: BRUCE
Target HR: 152 bpm
Exercise Time: 12:15 mm:ss
Max Speed: 6.8 km/h
Max Grade: 16.0 %
Exceed +/-100uV Leads:
I II III aVL aVR aVF
V1 V2 V3 V4 V5 V6
DUKE Score: ----

Result

	Max Values	ST Segment
HR:	168 bpm	06:40 Max Elevation: 2.42 mV V6
Target HR:	110.5 %	02:40 Max Depression: 2.22 mV III
METS:	13.5 METs	09:30 Max Elevation Change: 2.38 mV V6
HR*BP:	14100.0 bpm*mmHg	01:40 Max Depression Change: -2.21 mV III
SYS:	130.0 mmHg	12:06
DIA:	80.0 mmHg	00:02

Arrhythmia

Total Beats:	1639	Abnormal Beats:	407
Total V:	148	Total S:	249
V Pairs:	1	S Pairs:	8
V Run:	2	S Run:	12
V bigeminal:	0	S bigeminal:	1
V trigeminal:	0	S trigeminal:	0
Total Long:	10		

Reason for End :

Symptoms:

Conclusions:

Negative Ischemic Response

Operator:

Reviewing Physician:



Dr. Achmad Yusril, SpJP
Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah

Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID:1629

Section:

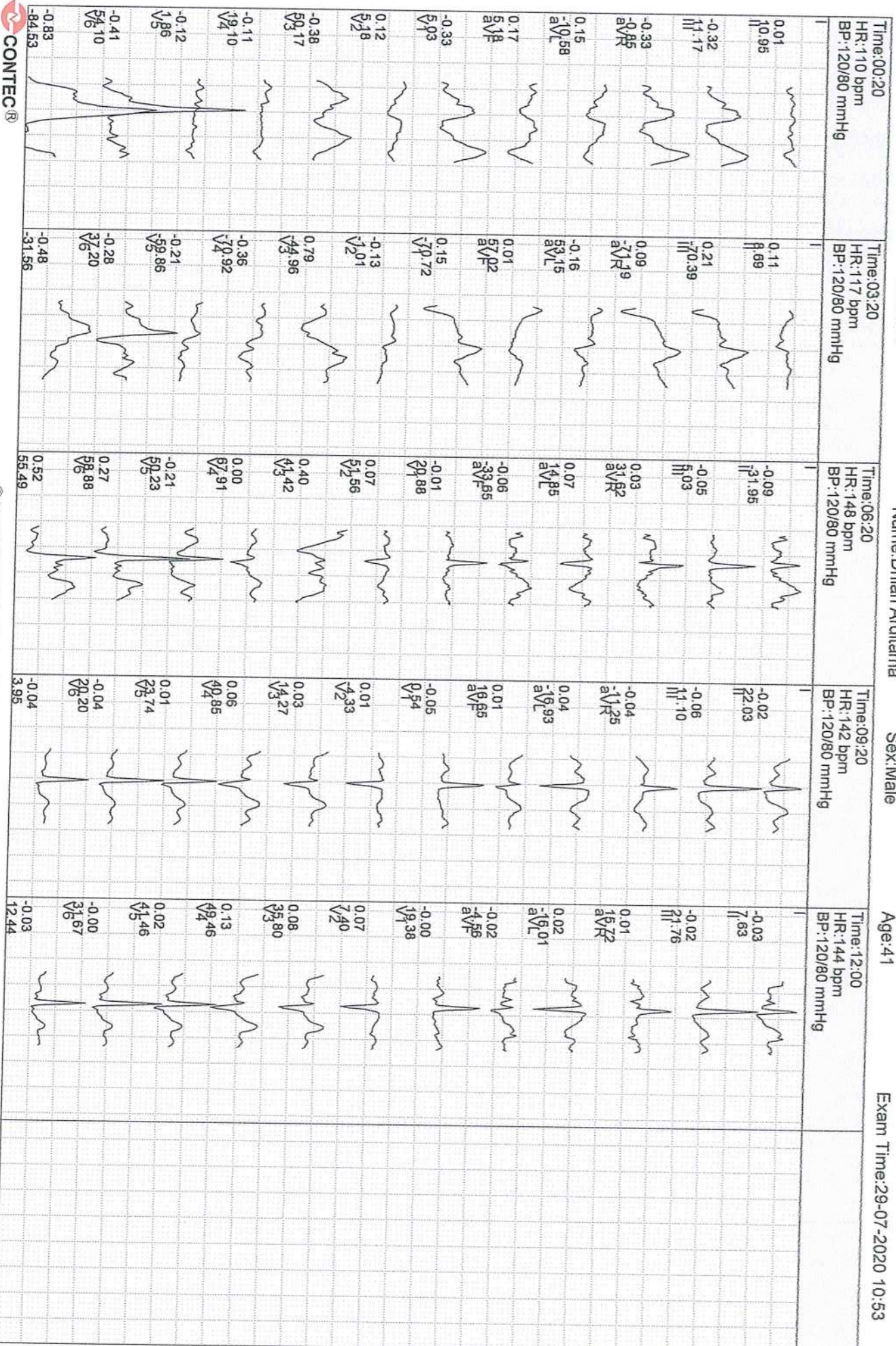
Name:Dhian Ardilama

Sex:Male

Age:41

Exam Time:29-07-2020 10:53

Average QRS



Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ECG Strips

ID: 1629

Sector:

Name: Dhan Arditama

Sex: Male

Age: 41

Exam Time: 29-07-2020 10:53

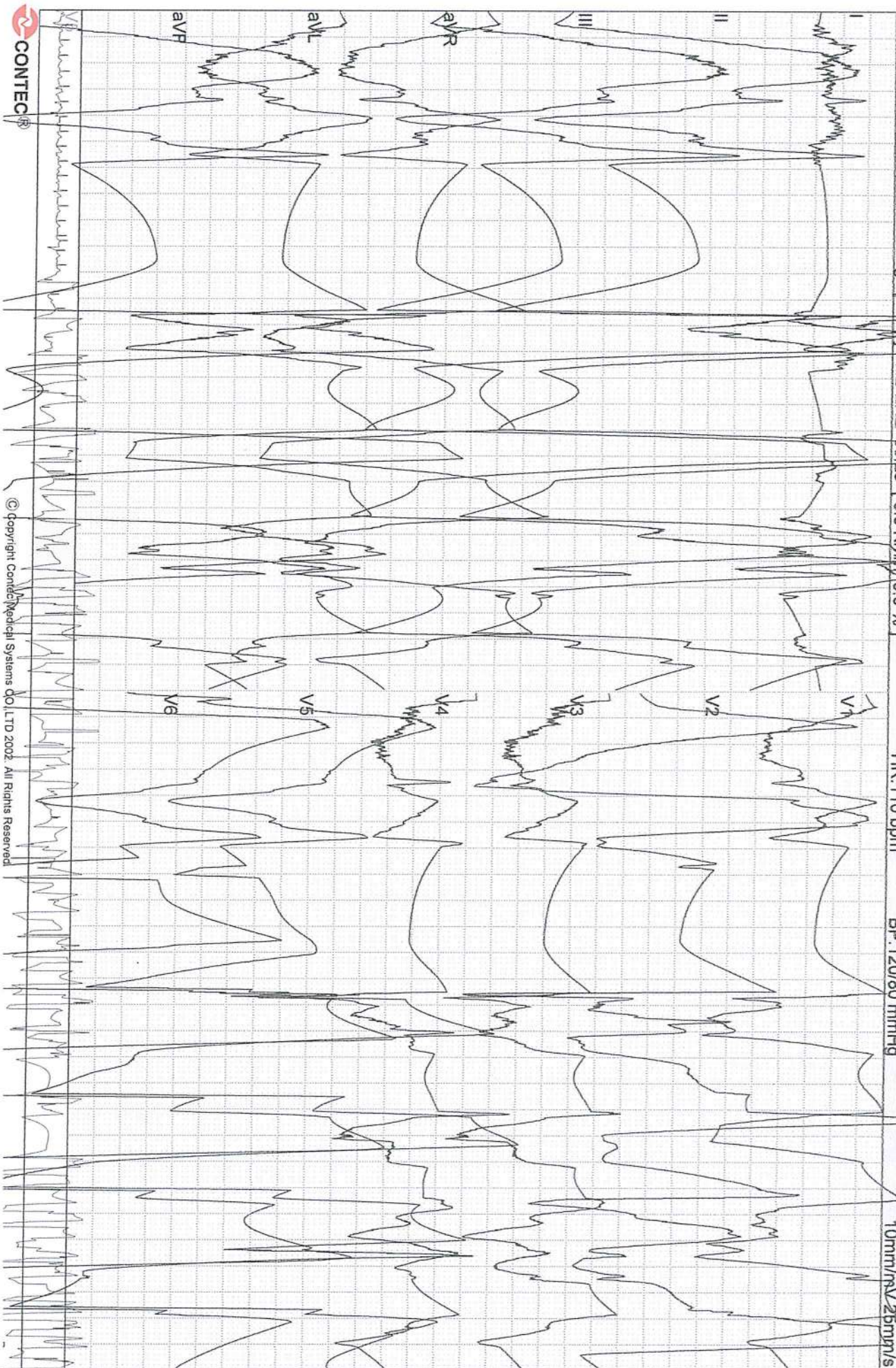
Time: 00:23

Stage: 1 | 6 | PRE-EXE | 00:23 | 0.0 Km/h | 0.0 % |

HR: 110 bpm

BP: 120/80 mmHg

10mm/mV 25mm/s



Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ECG Strips

ID: 1629

Section:

Name: Dhian Ardilama

Sex: Male

Age: 41

Exam Time: 29-07-2020 10:53

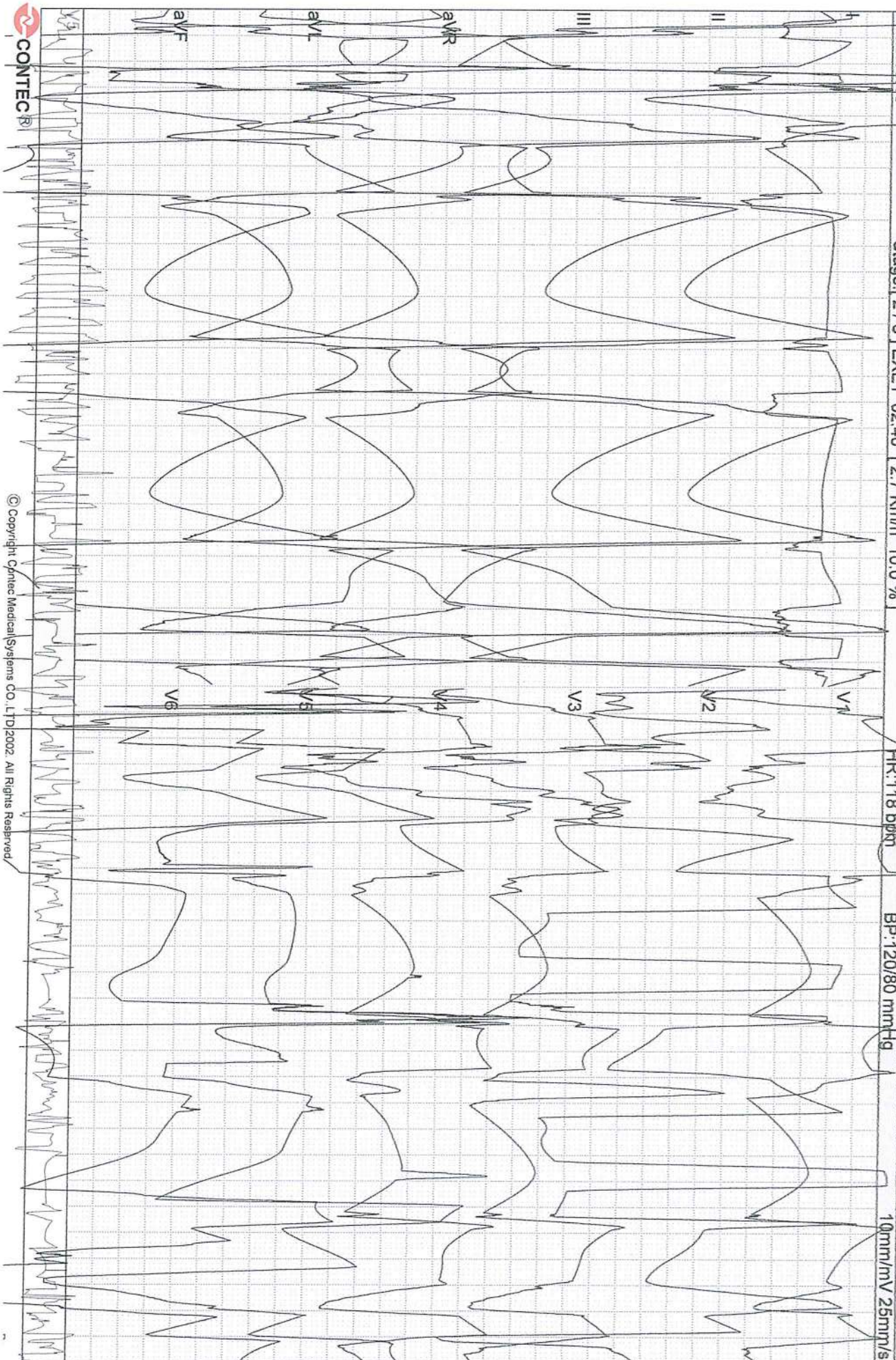
Time: 03:10

Stage: 1/2/6 | EXE1 02:40 | 2.7 Km/h 10.0 %

HR: 118 bpm

BP: 120/80 mmHg

10mm/mV 25mm/s



Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ECG Strips

ID: 1629

Section:

Name: Dhian Ardilama

Sex: Male

Age: 41

Exam Time: 29-07-2020 10:53

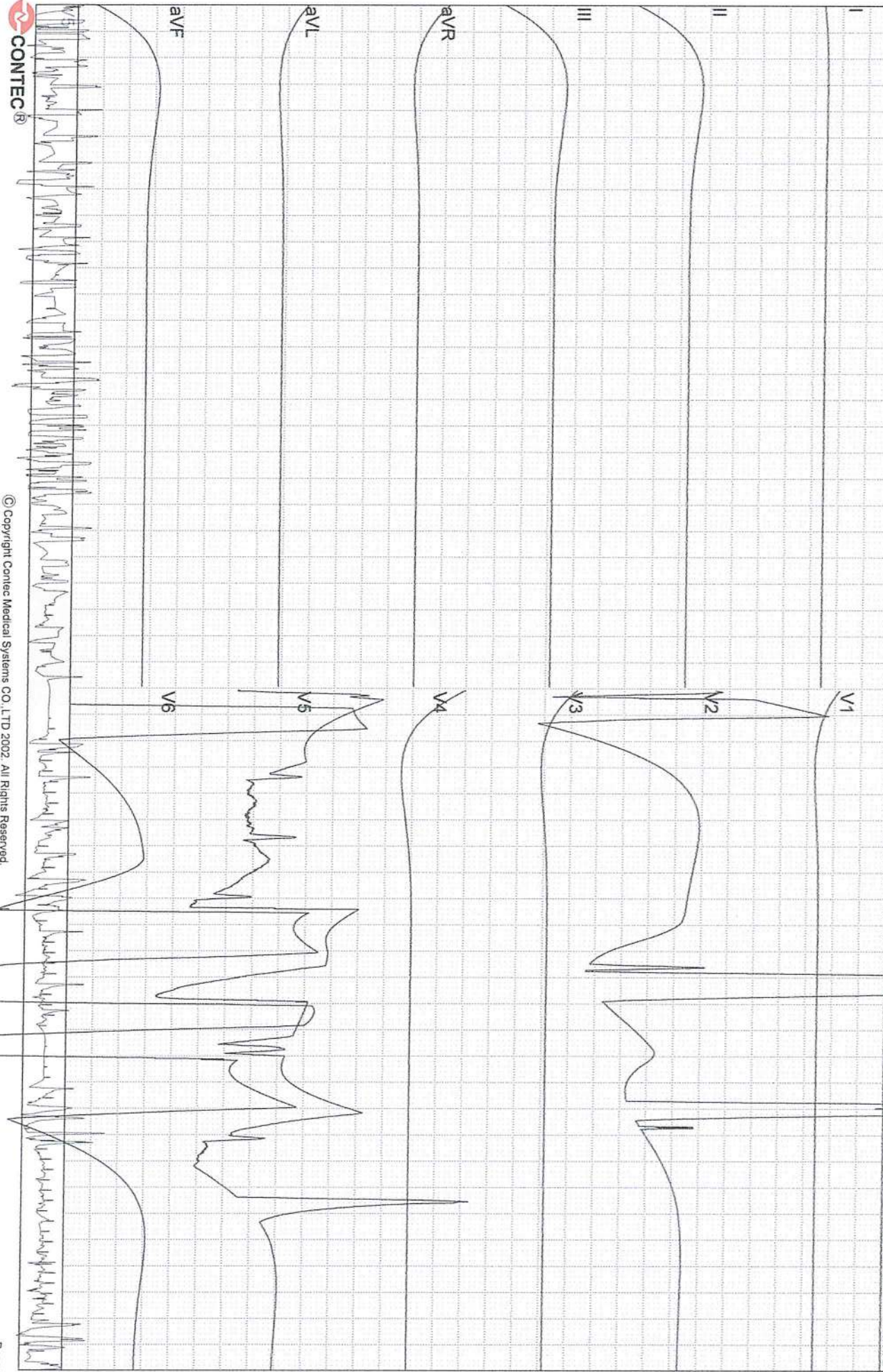
Time: 05:56

Stage: 3 / 6 | EXE2 02:26 | 4.0 Km/h 12.0 %

HR: 143 bpm

BP: 120/80 mmHg

10mm/mV 25mm/s



Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ECG Strips

ID:1629

Section:

Name:Dhian Ardilama

Sex:Male

Age:41

Exam Time:29-07-2020 10:53

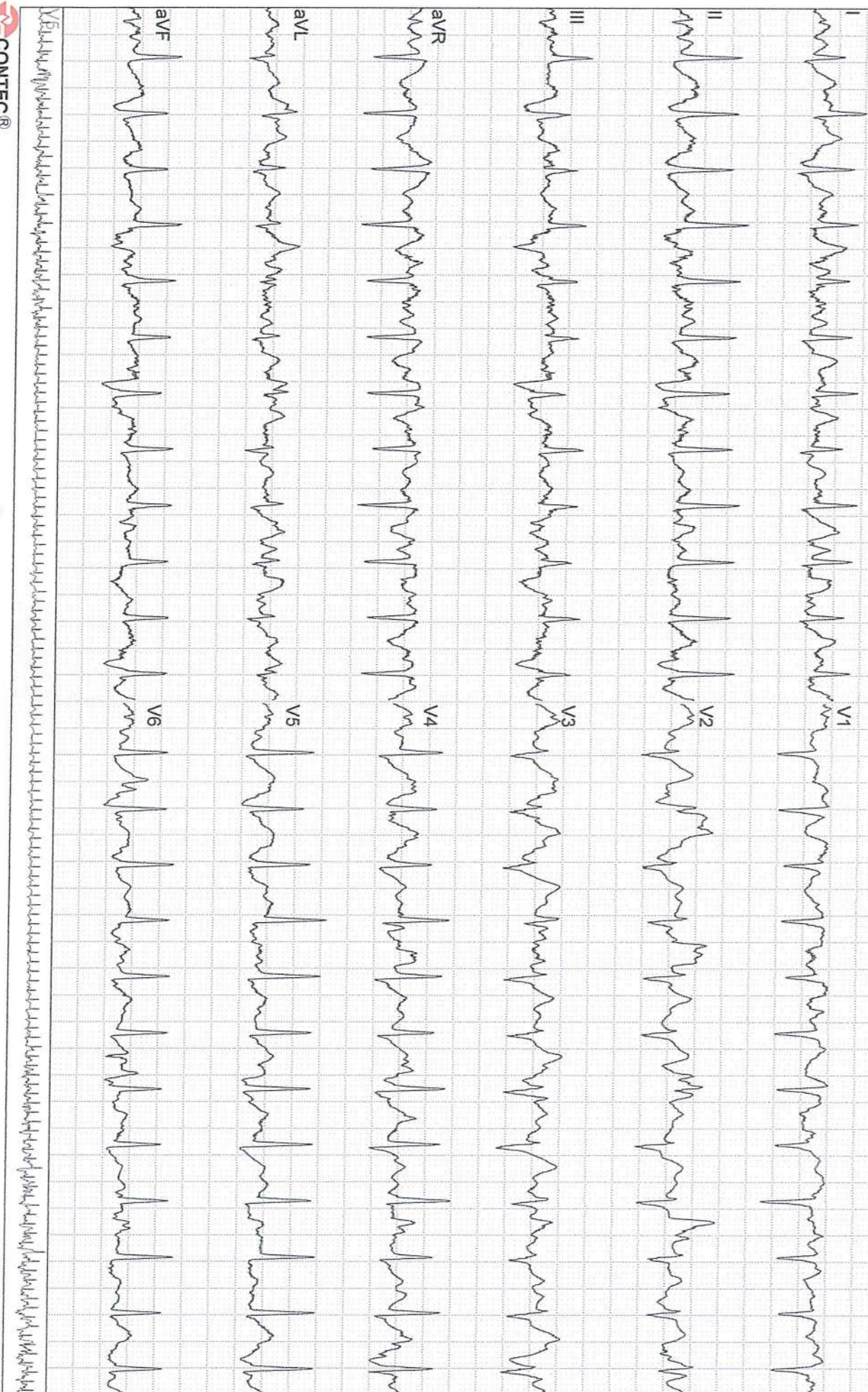
Time:09:16

Stage:1 4 / 6 | EXE3 02:46 [5.5 Km/h 14.0 %]

HR:143 bpm

BP:120/80 mmHg

10mm/mV 25mm/s



Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ECG Strips

ID:1629

Section:

Name:Dhian Ardilama

Sex:Male

Age:41

Exam Time:29-07-2020 10:53

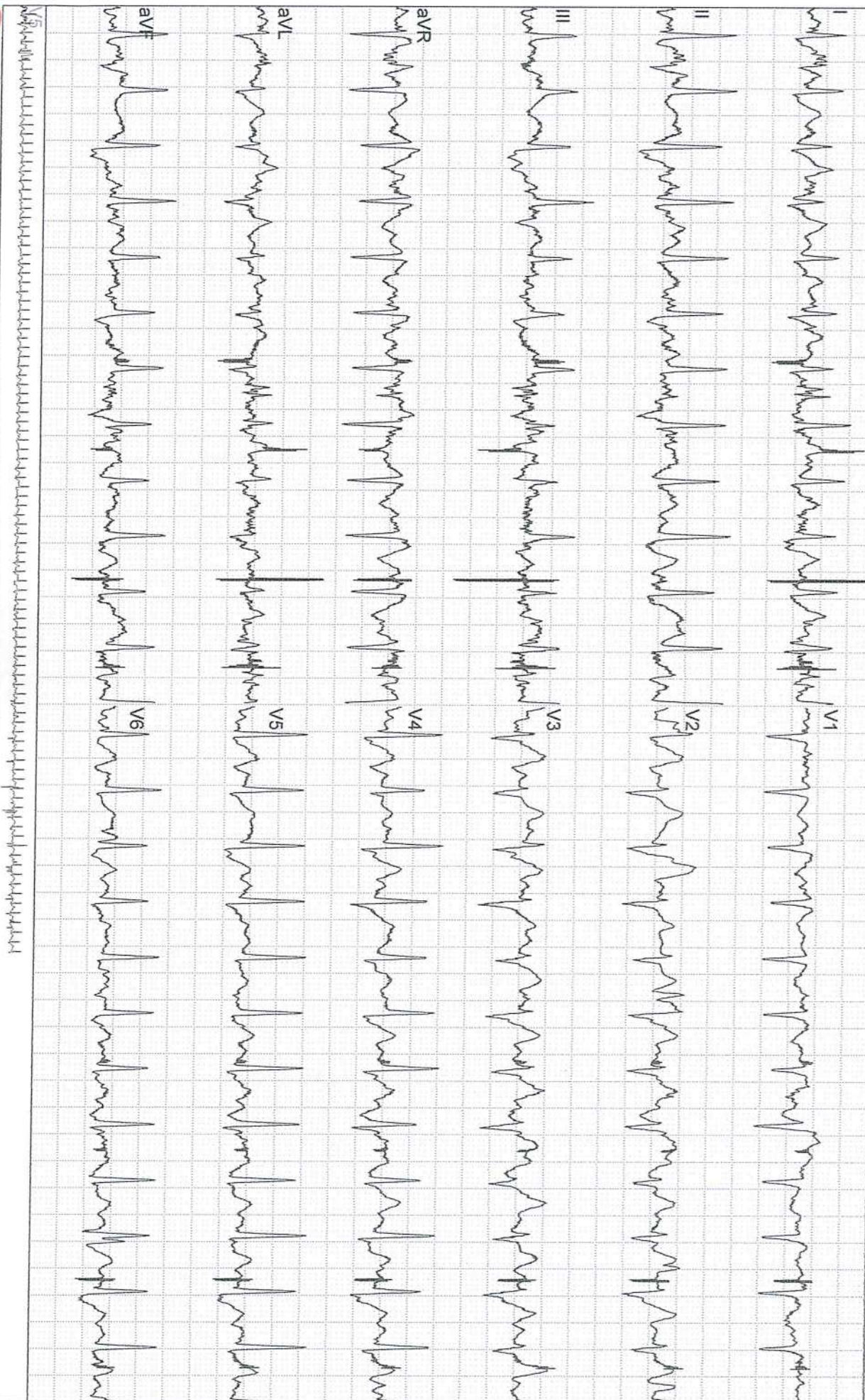
Time:12:00

Stage: 5 / 6 | EXE4 02:30 [6.8 Km/h 16.0 %]

HR:144 bpm

BP:120/80 mmHg

10mm/mV 25mm/s



Medical Department

HEALTH SURVEILLANCE

Isilah formulir ini dengan sebenarnya dan selengkap-lengkapnyanya. Apabila ada hal-hal yang kurang dipahami segera hubungi dokter atau perawat.

IDENTITAS PEGAWAI

- 1. Posisi : Lifting Inspector
- 2. Golongan Darah : A / B / AB (O) Rhesus : + / -
- 3. Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 4. Jumlah anak : Anak laki-laki 1 Orang, Anak Perempuan orang
- 5. Alamat sekarang : Jl. Sepinggan Baru II No. 79 RT. 32
Balikpapan
- 6. No. Extension Telpn. : Kantor : Telpon/HP 081350502518
Kamar (untuk lapangan)

HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Debu	Kimia	Radiasi	Ergonomi	lain-lain

HANYA UNTUK KARYAWAN RIWAYAT PEKERJAAN

Tuliskan lama kerja pada masing-masing tempat kerja yang sesuai dengan posisi anda. Jumlah jam harus sesuai dengan lama kerja dalam sehari.

- 1. Office : 8 jam/hari
- 2. Warehouse : jam/hari
- 3. Workshop : 8 jam/hari
- 4. Process area : jam/hari
- 5. Well/Offshore : 12 jam/hari

PETUNJUK PENGISIAN : ISILAH NOMOR YANG SESUAI DENGAN JAWABAN ANDA PADA KOTAK JAWABAN YANG TELAH TERSEDIA DI SAMPING KANAN. JANGAN MELINGKARI ATAU MENCORET PILIHAN JAWABAN

RIWAYAT KESEHATAN

1. Selama 1 tahun terakhir ini, apakah anda pernah sakit :

- a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak [2]
- b. Tekanan darah rendah 1. Ya 2. Tidak [2]
- c. Jantung 1. Ya 2. Tidak [2]
- d. Stroke 1. Ya 2. Tidak [2]
- e. Kencing Manis 1. Ya 2. Tidak [2]

f. Timbul benjolan/tumor	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
g. Ayan / Gangguan syaraf	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
h. Asma	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
i. Batu ginjal	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
j. Alergi	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
k. Thypus	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
n. Penyakit kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
o. Kuning / Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
p. Gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
u. Gigi / mulut	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
y. Sendi - sendi	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ?

1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
-------	----------	---------------------------------------

Bila tidak, langsung ke no. 6
- Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------
- Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut ?

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------
- Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------
- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ?

1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
-------	----------	---------------------------------------

Bila tidak, langsung ke no. 8
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------
- Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?

1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> 2
-------	----------	---------------------------------------

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?

1. Ya 2. Tidak 1

Bila tidak, langsung ke alkohol

2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya ?

1 1 7

3. Apakah saat ini Anda merokok ?

1. Ya, setiap hari 3

2. Ya, tidak setiap hari

3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14

4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?

5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)

1. Kadar nikotin rendah

2. Kadar nikotin sedang

3. Kadar nikotin tinggi

6. Seberapa sering Anda menghisap dalam-dalam asap rokok ?

1. Tidak pernah

2. Kadang-kadang

3. Selalu

7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?

8. Apakah Anda lebih banyak merokok dalam jam pertama di pagi hari ?

1. Ya 2. Tidak

9. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang dilarang merokok ?

1. Ya 2. Tidak

10. Apakah Anda tetap merokok di saat Anda sedang sakit ?

1. Ya 2. Tidak

11. Dalam satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?

1. Rokok pertama di pagi

Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol

2. Rokok lainnya

12. Apakah anda ingin berhenti merokok?

1. Ya 2. Tidak

13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti program Berhenti Merokok?

1. Ya 2. Tidak

Langsung ke pertanyaan alkohol

14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok ? (tahun)

0 5

KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?

1. Ya 2. Tidak 2

Bila tidak, langsung ke olahraga

2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak, langsung ke olahraga

3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak, langsung ke olahraga

4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?

5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya ? (diperkirakan dalam satuan cc)

AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA

1. Berapa banyak waktu yang Anda habiskan untuk duduk setiap harinya ? (dalam menit, dan termasuk waktu yang dihabiskan untuk duduk di tempat kerja maupun di waktu luang)

3 6 0

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?

0 2

3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya ? (dalam menit)

0 1 0

4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?

1. Ringan 4. Berat 1

2. Sedang 5. Sangat berat

3. Cukup berat

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan ?
2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran ?

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| b. Penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| c. Stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="1"/> |
| d. Kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| e. Kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| f. Alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| g. Asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| b. Penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| c. Stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| d. Kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| e. Kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| f. Alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| g. Asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara Kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 tahun untuk laki-laki dan 55 tahun untuk perempuan ?

UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya 2. Tidak
- Bila tidak, langsung ke no. 3*
2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?
3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?
4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?
5. Kapan hari pertyama haid terakhir Anda ? / /
6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?
7. Berapa banyak pada saat Anda haid ? 1. Banyak 2. Sedikit
8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ? 1. Ya 2. Tidak
9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ? 1. Ya 2. Tidak
10. Apakah Anda sering menderita keputihan ? 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikut keluarga berencana ?

1. Ya 2. Tidak 2

Bila tidak langsung ke Vaksinasi

2. Bila YA, metode KB apa yang Anda gunakan ?

1. Kondom 5. IUD
2. Pil 6. Vasektomi
3. Suntik 7. Tubektomi
4. Susuk 8. Lainnya

RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya 3. Tidak tahu 3
2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis ?

1. Ya 3. Tidak tahu 3
2. Tidak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?

1. Ya 2. Tidak 1

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

- / - / -

Formulir tersebut di atas telah saya isi dengan benar dan sesungguhnya.

Balikpapan, 29/07/2020
Nama dan tanda tangan karyawan



(Dhian Arditama)

CONFIDENTIAL

Bagian C - PEMERIKSAAN DOKTER

MEDICAL CHECK UP -2020

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	DHIAN ARDITAMA, Tn.	S/N	-	DEPT	-
------	---------------------	-----	---	------	---

I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	120/80	mmHg	Pulse	65	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36,8	°C
Weight (W)	75	kg	Height (H)	163	cm	BMI	28,2	Waist	-	cm	

(*) BMI = W / H² (Underweight = <18, Normal 18-25, Overweight 25-30, Obese > 30)

II. PHYSICAL EXAMINATION

No	PHYSICAL	A = ABNORMAL; N = NORMAL	A	N	Describe abnormalities in detail (circle words of importance and explain)
1	GENERAL APPEARANCE	Appearance age/ Nutritional/ Development/ Mental & emotional status/Posture/Gait/Speech		✓	
2	HEAD / SCALP	Size/Shape/Tender over sinuses/ Hair/ Eruption/ Masses/Bruit		✓	
3	EYES	Conjunctiva /Sclera/ Cornea/ Pupils/ Ptosis/ Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/ Range of Movement		✓	
4	EARS	Ext. canal/Membran perforation/ Discharge/ Tophi/ Hearing problem/ Mastoids		✓	
5	NOSE / SINUSES	Septum/obstruction/ Turbinate /Discharges		✓	
6	MOUTH / THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx		✓	
7	TEETH	Caries Ø, Filling(F), Missing (M), RadixØ		✓	
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/ Trachea/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit		✓	
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities		✓	
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender		✓	
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ tenderness/ Nodes/ Scars		✓	
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/ Quality of sound/Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs		✓	
13	CHEST / LUNG	Excursion/Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/ Rales/ Wheezing/Ronchi/ Bruit		✓	
14	ABDOMEN	Bowel sounds/ Appearance/ Liver/ Spleen/ Masses/ Hemias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes		✓	
15	GROIN	Hemia/Inguinal nodes/Femoral pulses		✓	
16	GENITAL	MALE		✓	
		FEMALE			
17	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/ Peripheral pulses/ Calf tenderness/Joints for swelling/ ROM		✓	
18	JOINTS	ROM/ Swelling / Inflammation /Deformity		✓	
19	SKIN	Color/Birthmark/Scars/ Tattoos /Texture/Rash/ Eczema / ulcers/Piercing		✓	
20	NEUROLOGICAL	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensor (touch,prick,vibrate)/ Coordination/ Romberg		✓	Romberg Test : Negative
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development		✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/ Hemorrhoids/ Fissure/ Masses /Prostate		✓	

SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

I. VISION

Vision	Unaided		With Spectacles		Depth Perception	Colour Blindness	
	Left	Right	Left	Right			
Distant	20/30	20/30			6-L/40	✓	Normal
Near	20/30	20/30					Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

II. LABORATORIUM SUMMARY

See attached result

✓	Normal	COMMENT :
	Abnormal	

III. CHEST X-RAY

See attached result

Pneumoconiosis	Yes	No	✓
If Yes – ILO Classification			
Evidence of TB	Yes	No	✓
Other Abnormalities			
COMMENT	Foto Thorax Normal		

IV. ECG (Optional for over 35 years of age)

See attached result

Normal	✓	Abnormal	(specify): Sinus Rhythm
--------	---	----------	-------------------------

V. TREADMILL (Optional for over 35 years of age)

See attached result

Normal	✓	Abnormal	(specify): Negative Ischemic Response
--------	---	----------	---------------------------------------

VI. SPIROMETRY (Optional for dust exposure, respiratory chronic disease,)

See attached result

Test	Observed	Predicted	% Prediction
VC			%
FVC			%
FEV 1			%
FEV/FVC			%

VII. AUDIOMETRY (Optional for noise exposure, previous hearing problem,)

See attached result

CONCLUSION		Change since last audiometric examination	Yes
✓	Normal	If Yes, what change :	No
	Abnormal	Recommended Action:	
		Refer to safety department:	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No

